Nederlandse Zorgautoriteit

Rapport

Contracteerproces eerstelijnszorg

Randvoorwaarden voor een soepel contracteerproces

oktober 2015

Inhoud

Vooraf

Voor u ligt het rapport 'Contracteerproces eerstelijnszorg'. In dit document gaat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in op de zorginkoop in de eerstelijnszorg. De NZa speelt een faciliterende rol in het contracteerproces. We willen dat het contracteerproces soepeler verloopt zodat de burger uiteindelijk nog betere zorg krijgt. In dit document bieden we een overzicht van de verschillende contractvormen en lichten we toe welke regels we vanaf 2016 stellen aan het contracteerproces. Het concept van de nadere regel is in het voorjaar van 2015 in de adviescommissie Cure geconsulteerd.

De inventarisatie van contractvormen is mede tot stand gekomen op basis van input van zorgaanbieders, hun vertegenwoordigers en zorgverzekeraars. Dit document is in augustus als consultatiedocument gepubliceerd. Uit de reacties bleek dat het onderwerp van dit rapport, het contracteerproces, velen bezighoudt. De NZa bedankt degenen die hun reacties hebben gedeeld voor hun uitgebreide en constructieve opmerkingen.

de Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter raad van bestuur

1. Inleiding

1.1 Aanleiding voor dit document

Een belangrijk instrument om goede en betaalbare zorg te realiseren is het zorginkoopproces waarin afspraken worden gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Om het doel van goede en betaalbare te bereiken hebben zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars een cruciale rol. Zorgaanbieders zorgen voor kwalitatief goede zorg en ondersteuning en stemmen dit zo goed mogelijk af op de wensen van de burger. Zorgverzekeraars kopen onder meer zorg in en letten in het belang van hun verzekerden daarbij op de kwaliteit, toegankelijkheid en op kosten. Door kwalitatief goede zorg in te kopen tegen een scherpe prijs, kunnen zij zich met hun aanbod onderscheiden van andere zorgverzekeraars. Bij voldoende concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt komen de voordelen die zorgverzekeraars behalen met de zorginkoop ten goede aan de verzekerden.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vindt het belangrijk dat het zorginkoopproces soepel verloopt. Als ondersteuning van het proces heeft de NZa in 2010 Good Contracting Practices (GCP's) uitgebracht met daarin richtlijnen voor de contractering. In 2014 zijn deze richtlijnen herzien.[1] De contracteervrijheid van partijen staat centraal, daarom heeft de NZa destijds besloten richtlijnen op te stellen en geen regels te stellen aan de contractering.

De NZa ontvangt regelmatig klachten van eerstelijns zorgaanbieders die het contracteerproces onevenwichtig vinden verlopen. Zij geven aan er grote moeite mee te hebben dat ze met zorgverzekeraars weinig kunnen spreken over de kwaliteit die zij leveren, de plannen die ze hebben of de specifieke omstandigheden die op hen van toepassing zijn. Ze vinden dat er naar hun gevoel onvoldoende contact is en geen dialoog plaatsvindt met zorgverzekeraars. Ook geven zorgaanbieders aan dat ze zich als professional soms niet gewaardeerd voelen. Zij zouden graag met zorgverzekeraars in gesprek gaan over de inhoud van de contracten voordat deze aan hen worden voorgelegd. Daarnaast geven eerstelijns zorgaanbieders aan grote behoefte te hebben aan contracten die meer op maat zijn gesneden en dus rekening houden met de omstandigheden die van toepassing zijn op een individuele aanbieder. Te denken valt bijvoorbeeld aan de specifieke omstandigheden van een regio waarin een zorgaanbieder actief is. Ook zouden enkele zorgaanbieders graag zien dat de NZa de GCP's tot norm verheft en handhaaft.

Wij zien dat het ontbreken van 'een goed gesprek' door veel zorgaanbieders als struikelblok in de contractering wordt ervaren. De NZa kan partijen niet verplichten een 'goed gesprek' te voeren. Als toezichthouder is de NZa geen partij in de individuele onderhandelingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Wel faciliteert de NZa het contracteerproces door de kaders te stellen waarbinnen de onderhandelingen plaatsvinden.

Een aantal zorgaanbieders geeft er de voorkeur aan om samen te werken met andere zorgaanbieders in de onderhandelingen. De mogelijkheden die de Mededingingswet daarvoor biedt zijn onlangs uitgewerkt door de Autoriteit Consument & Markt (ACM). Dit is de toezichthouder die toeziet op de naleving van de Mededingingswet.

[1] http://www.nza.nl/104107/138040/Good_Contracting_Practices_2014.pdf.

1.2 Aanpak

De NZa heeft in 2015 een aantal stakeholderbijeenkomsten georganiseerd waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar en met de toezichthouder in gesprek konden over de vraag hoe zij elkaar beter kunnen vinden in het contracteerproces. Doel hiervan was om samen te achterhalen wat de problemen in de dagelijkse praktijk zijn, welke belemmeringen hierbij worden ervaren, welke rol zorgaanbieders en zorgzorgverzekeraars hebben en welke rol veldpartijen van de toezichthouders verwachten. Bij deze gesprekken waren ook medewerkers van ACM aanwezig om te luisteren, toelichting te geven en vragen te beantwoorden.

Naast de input van deelnemers bij bijeenkomsten en de signalen die we ontvangen, heeft de NZa ten behoeve van de inventarisatie van contractvormen gesprekken gevoerd met verschillende zorgverzekeraars. De voorbeelden zijn gedeeld door de zorgverzekeraars die we spraken en zijn ook terug te vinden in hun publicaties.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt toegelicht welke regels de NZa vanaf 2016 stelt aan het verloop van het contracteerproces.

In hoofdstuk 3 van dit document staat een overzicht van verschillende contractvormen waarbinnen ruimte is om afspraken te maken over inhoud, kwaliteit en service die momenteel in de praktijk worden gebruikt in de eerste lijn. Een contractvorm die in de ene sector of door de ene zorgverzekeraar wordt toegepast wordt soms in andere sectoren of bij andere zorgverzekeraars nog niet toegepast. Het doel van het weergeven van de verschillende contractvormen die worden gebruikt is het verspreiden van ideeën en kennis tussen sectoren en/of zorgverzekeraars.

In hoofdstuk 4 wordt een toelichting gegeven op de rol van de NZa bij de zorginkoop.

2. Verbeteren van het contracteerproces

2.1 'Het goede gesprek'

Tijdens de consultatieronde gaven velen van u –zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars– aan dat de tevredenheid over de contractering en het contracteerproces sterk afhangt van de manier waarop men tot een contract komt. Goede communicatie en een 'echt gesprek' ontbreken momenteel volgens een aantal zorgaanbieders. Zorgverzekeraars geven op hun beurt aan dat ze op verschillende manieren input halen voor hun zorginkoopbeleid en de opzet van contracten bij zorgaanbieders en hun vertegenwoordigers, zoals het organiseren van bijeenkomsten, klankbordgroepen, etcetera.

Met het grote aantal zorgaanbieders is het voor de meeste zorgverzekeraars momenteel niet te organiseren om met iedere individuele zorgaanbieder in gesprek te gaan. In sommige sectoren gaat het om duizenden verschillende zorgaanbieders en ook niet alle zorgaanbieders hebben behoefte aan een individueel gesprek. Het dilemma voor de sector is dat iedere zorgaanbieder zich wel op individueel niveau, over zijn of haar eigen situatie, gehoord en gekend wil weten, maar dat dit praktisch niet goed te organiseren valt. Hierin kunnen (regionale) brancheorganisaties een rol spelen door thema's en zorgen die bij hun achterban leven te agenderen bij de zorgverzekeraars.

Een suggestie die tijdens de consultatie werd geopperd is een verplichting voor de zorgverzekeraar om minimaal twee contractvoorstellen te doen. Belangrijker dan praktische bezwaren is dat een verplichting om een individueel gesprek te voeren of een bepaald aantal voorstellen te doen niet automatisch betekent dat het contracteerproces vervolgens naar tevredenheid van beide partijen verloopt. Ook in een persoonlijk gesprek kan blijken dat de zorgverzekeraar en zorgaanbieder er niet samen uitkomen en dat er geen contract wordt gesloten. Of dat er wel een contract wordt gesloten, maar niet met de door de zorgaanbieder gewenste uitkomsten.

Wij zien dat zorgaanbieders met name behoefte hebben aan erkenning en respect voor de professionaliteit van de zorgaanbieder. In de nadere regel worden contractpartijen verplicht om zich transparant op te stellen. Door helder te communiceren over de planning, termijnen en door beschikbaar te zijn voor vragen van de ander, weten de contractpartijen beter wat ze aan elkaar hebben en kunnen ze anticiperen op het beleid en de plannen van de ander. Transparantie getuigt ook van een respectvolle manier van omgaan met een onderhandelingspartner. Ook de GCP's die niet zijn omgezet in een regel geven aanbevelingen voor het contracteerproces waarin goede omgang met de onderhandelingspartner centraal staat.

2.2 Van Good Contracting Practices naar regels voor het contracteerproces

Contracteervrijheid tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars is een belangrijke pijler binnen het bestaande zorgstelsel, daarom zal de NZa niet snel ingrijpen als het gaat om de *inhoud* van contracten. De NZa probeert wel het contracteer*proces* soepeler te laten verlopen. Zo heeft de NZa in overleg met het veld in 2010 zogeheten Good Contracting Practices (GCP's) voor zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren

opgesteld. In 2014 zijn de GCP's geëvalueerd en aangevuld.[2] Deze GCP's zijn geen handhaafbare regels, maar richtlijnen. Ze zorgen ervoor dat de onderlinge verwachtingen bij het contracteerproces meer gelijk zijn en dat zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren op een effectieve en gestructureerde manier samen tot afspraken tijdens dat proces komen.

In de zomer van 2015 heeft de NZa de nadere regel 'Transparantie zorginkoopproces Zorgverzekeringswet'[3] opgesteld. Met deze nadere regel wordt een aantal GCP's omgezet in een door de NZa handhaafbare regeling en wordt het contracteerproces voor een deel gereguleerd.
In de regeling zijn een aantal procedurele verplichtingen voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders vastgelegd. Het doel van deze regeling is de transparantie van het contracteerproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars te vergroten.

Deze nadere regel geldt voor alle zorg die onder de Zorgverzekeringswet (de basisverzekering) valt, dus ook voor de eerstelijnszorg die zorgverzekeraars inkopen. Met deze nadere regel worden zorgverzekeraars onder meer verplicht om hun zorginkoopbeleid en de procedure van zorginkoop voor 1 april van het jaar voorafgaand aan de ingangsdatum van het contract bekend te maken. Daarnaast moeten zorgverzekeraars in het tijdpad van de contractering een redelijke termijn opnemen voor zorgaanbieders om het contractvoorstel te bestuderen en vragen te stellen. In de nadere regel worden zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders verplicht om tijdens de contracteerperiode voldoende beschikbaar te zijn voor vragen en opmerkingen van zorgaanbieders, respectievelijk zorgverzekeraars. De regeling treedt op 1 januari 2016 in werking. De NZa ziet er op toe dat deze transparantievoorschriften worden nageleefd.

Tijdens de consultatie heeft de NZa vaak de vraag gekregen waarom de nadere regel voor het zorginkoopproces niet verder is ingevuld. De reden hiervoor is dat het uitgangspunt van de NZa is dat regels niet meer details bevatten dan nodig. Dit biedt het veld de ruimte om invulling te geven aan een norm als de 'redelijke termijn'. Wat een redelijke termijn zou moeten zijn is in zijn algemeenheid niet vast te stellen. Dit kan onder meer afhangen van de complexiteit van de aangeboden overeenkomst, de sector, de hoeveelheid te bestuderen stukken en de mate waarin de overeenkomst verschilt ten opzichte van vorige jaren.

Vrije contractering is een belangrijk aspect van het zorgstelsel en door hier regels aan te stellen perkt de NZa deze vrijheid in. Het is belangrijk dat de voordelen van een inperking van contracteervrijheid opweegt tegen de nadelen. Met het instellen van een regeling zijn zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders gehouden om zich transparant op te stellen. De burger heeft ook baat bij het soepeler verlopen van het contracteerproces. Die moet erop kunnen vertrouwen dat zorgverzekeraar en zorgaanbieders zich er samen voor inzetten dat hij goede zorg krijgt.

---

[2] http://www.nza.nl/104107/138040/Good_Contracting_Practices_2014.pdf.
[3] http://www.nza.nl/regelgeving/nadere-regels/TH_NR_005__Transparantie_zorginkoopproces_Zvw.

3. Contractvormen

3.1 Inleiding

De NZa merkt dat zorgaanbieders niet alleen behoefte hebben aan meer transparantie van het contracteerproces, maar ook aan aandacht voor hun specifieke omstandigheden in de zorginkoop. In het volgende hoofdstuk worden verschillende contractvormen omschreven die hier wellicht meer ruimte voor bieden. Op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in de brief 'Kwaliteit Loont' van 6 februari 2015[4] hebben wij geïnventariseerd welke verschillende typen contracten er in de eerstelijn worden gesloten waarbinnen er voor eerstelijns zorgaanbieders en zorgverzekeraars ruimte is om afspraken te maken over inhoud, kwaliteit en service.

We gaan hieronder achtereenvolgens in op meerjarige contracten, pluscontracten, modulaire contracten, ketencontracten en gedifferentieerde contracten. De inventarisatie biedt een overzicht van de verschillende contractvormen die tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden gesloten. Hopelijk kunnen de beschreven contractvormen u, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, inspireren om met elkaar in gesprek te gaan over de manier waarop contracten kunnen worden vormgegeven zodat er meer ruimte is om afspraken te maken over inhoud, kwaliteit en service van de zorg. Bij het toepassen van de hieronder beschreven inkoopmodellen kunnen administratieve lasten worden verlaagd. Dit kan bevorderlijk zijn voor het contacteerproces.

De hieronder beschreven contractvormen geven aan wat er mogelijk is maar de inventarisatie is niet limitatief. Zolang u zich houdt aan wet- en regelgeving zijn er mogelijk nog (vele) andere varianten die uitgewerkt kunnen worden. Het is aan u om hier gezamenlijk invulling aan te geven. Voor de NZa is het niet mogelijk om een zorgverzekeraar of zorgaanbieder te dwingen gebruik te maken van een specifieke contractvorm.

Hoewel zorgverzekeraars niet gelden als aanbestedende diensten, kunnen zij er voor kiezen om voor de inkoop van zorg de procedures uit de Aanbestedingswet te volgen. Hoewel het contracteerproces anders wordt ingericht, heeft dit geen invloed op de uiteindelijke vorm van het contract. Ook middels deze formele aanbestedingsprocedures kunnen meerjarige contracten, pluscontracten, modulaire contracten, ketencontracten en gedifferentieerde contracten worden gesloten.

3.2 Meerjarige contracten

Traditioneel sluiten veel zorgverzekeraars ieder jaar een nieuw contract af met zorgaanbieders over de te leveren zorg. Tegenwoordig worden echter in toenemende mate contracten gesloten met een looptijd langer dan één jaar, dit zijn de zogenoemde meerjarige contracten. Contracten hebben dan vaak een looptijd van twee of drie jaar.

Er zijn verschillen te zien in het beleid van zorgverzekeraars ten aanzien van meerjarige contracten. Zo bieden niet alle zorgverzekeraars in dezelfde sectoren meerjarige contracten aan. Veel zorgverzekeraars

[4] Kenmerk 723296-133115-Z.

stellen, in aanvulling op de voorwaarden om in aanmerking te komen voor een eenjarig contract, extra eisen om in aanmerking te komen voor een meerjarig contract. Deze voorwaarden verschillen per sector en per zorgverzekeraar. Voorbeelden zijn ruimere openingstijden, vastgelegde samenwerkingsverbanden of auditcertificaten.

In het algemeen worden meerjarencontracten vaker gesloten met zorgaanbieders die volgens zorgverzekeraars goede en doelmatige zorg leveren. Een aantal zorgverzekeraars onderzoekt of er in de toekomst meerjarencontracten mogelijk zijn daar waar dat nu nog niet gebeurt. Bijvoorbeeld in de mondzorg. In sectoren waar de bekostigingssystematiek onlangs is veranderd (zoals de wijkverpleging), of mogelijk gaat veranderen, vinden zorgverzekeraars het minder aantrekkelijk om meerjarige contracten aan te gaan. Zo geeft een zorgverzekeraar in haar inkoopbeleid 2016 aan voor eerstelijns paramedische zorg enkel meerjarencontracten aan te bieden in de fysiotherapie en de logopedie. Voor alle andere eerstelijns paramedische zorg worden eenjarige contracten aangeboden. Als reden voor het niet sluiten van meerjarige contracten in deze sectoren wordt de veranderingen in de wijze van bekostigen van deze zorg genoemd.

Logopedist A heeft een meerjarig contract afgesloten met een zorgverzekeraar voor een periode van drie jaar. De zorgverzekeraar biedt een twee- of driejarig contract aan, afhankelijk van het profiel van de logopedist. Het verschil tussen de profielen voor een twee- of driejarig contract bepaalt deze zorgverzekeraar op basis van service (in termen van ruimere openingstijden, schriftelijke vastlegging van structurele samenwerkingsverbanden en een actuele website met praktijkinformatie) en controle (bezit van een auditcertificaat). Afgelopen jaar heeft logopedist A een audit laten uitvoeren en komt hiermee volgens de voorwaarden van de zorgverzekeraar in aanmerking voor meerjarig contract.

Wanneer u als zorgaanbieder een meerjarencontract wilt afsluiten, maar vindt dat het contract op onderdelen wel ieder jaar aan de actualiteit aangepast moet worden, is dat soms mogelijk. In uw contract komt dan een vast deel (standaarddeel) te staan dat wordt afgesloten voor meerdere jaren en een variabel deel waarover jaarlijks opnieuw onderhandeld wordt. Deze manier van werken vereist wel goede afstemming met de zorgverzekeraar over welke delen van het contract aangepast kunnen worden.

Meerjarige contracten bieden zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars meer zekerheid. De zorgaanbieder ervaart vaak meer mogelijkheden om te investeren, er is namelijk een langere terugverdientijd. Voor beide partijen worden administratieve lasten sterk verminderd doordat niet ieder jaar een nieuw contract hoeft te worden afgesloten.

3.3 Pluscontracten

Zoals gebruikelijk bij het sluiten van contracten moeten zorgaanbieders aan bepaalde voorwaarden voldoen om in aanmerking te komen voor een contract. Wat pluscontracten onderscheidt van andere contracten is dat wanneer u als zorgaanbieder voldoet aan een set aanvullende eisen bovenop de basisvoorwaarden, u een extra vergoeding ontvangt bovenop de vergoeding die u krijgt voor het sluiten van een basiscontract. Sommige zorgverzekeraars bouwen verschillende ‘stappen’ in, waardoor de zorgaanbieder met iedere set extra voorwaarden waar ze aan voldoen bijvoorbeeld een hogere vergoeding ontvangen.

Wanneer zorgverzekeraars werken met pluscontracten kunt u als zorgaanbieder vaak in een digitaal portal aangeven voor welke aanvullende voorwaarde(n) u in aanmerking komt (of denkt te komen). U moet dan zelf inschatten of u extra inspanningen moet plegen om aan de aanvullende eisen te kunnen voldoen en de afweging maken of u eventuele extra inspanningen op vindt wegen tegen de voordelen. Het kan overigens ook voorkomen dat aanvullende voorwaarden worden gesteld die niet direct door de zorgaanbieder zijn te beïnvloeden. Voorbeelden zijn een minimum aantal verzekerden dat ingeschreven moet staan bij een praktijk of een minimaal percentage van verzekerden dat bij de betreffende zorgverzekeraar is verzekerd.

De voorwaarden die door zorgverzekeraars worden gesteld kunnen inhoudelijk gaan over verschillende dingen. U kunt denken aan:
- service en bereikbaarheid zoals ruime openingstijden, het hebben van een informatieve website of de mogelijkheid bieden aan burgers om digitaal een afspraak te maken;
- kwaliteit, bijvoorbeeld het meewerken aan het maken van ketenafspraken of het structureel behalen van een kwaliteitsscore;
- het beschikken over een auditcertificaat, dat verkregen is na een audit van de wijze waarop wordt gedeclareerd.

Bij de contractering voor 2015 biedt een zorgverzekeraar aanbieders van kraamzorg drie verschillende typen contracten aan. Het onderscheid in contracttype wordt bepaald door de mate waarin uw organisatie deelneemt in en samenwerkt met andere disciplines binnen de keten geboortezorg. De zorgverzekeraar heeft vijf criteria voor ketensamenwerking geformuleerd. Het type contract dat u kunt afsluiten hangt af van de mate waarin aan deze criteria wordt voldaan. Kraamorganisatie A voldoet aan geen van de criteria en komt daarmee alleen in aanmerking voor het basiscontract. Hier ontvangen zij 95% van het door de NZa vastgestelde maximumtarief voor 2015. Kraamorganisatie B en C voldoen aan respectievelijk twee en drie van deze criteria , komen daarmee in aanmerking voor een ‘intensief contract’ en ontvangen 97 respectievelijk 98% van het door de NZa vastgestelde maximum tarief voor 2015. Wanneer aan vier of vijf van deze criteria wordt voldaan, komt de kraamzorgorganisatie in aanmerking voor een pluscontract en ontvangt zij 99 respectievelijk 100% van het door de NZa vastgestelde maximumtarief voor 2015.

Voordelen van pluscontracten zijn dat zorgverzekeraars zorgaanbieders die ten opzichte van andere zorgaanbieders iets extra’s bieden hiervoor belonen. Dit kan de kwaliteit van de zorg en de service ten goede komen.

3.4 Modulaire contracten

Een andere manier om onderscheid te maken in de beloning aan zorgaanbieders die ten opzichte van andere zorgaanbieders iets extra’s bieden is door te werken met modules. Als zorgverzekeraar biedt u dan aan zorgaanbieders, naast een basiscontract, meerdere modules aan die zij al dan niet leveren. Net als bij het plusmodel kan de zorgverzekeraar voorwaarden verbinden aan het in aanmerking komen voor een module en de daarbij behorende vergoeding. Het verschil met het plusmodel is dat verschillende modules onafhankelijk van elkaar naast het basiscontract afgesloten kunnen worden terwijl bij pluscontracten de extra vergoeding pas wordt verleend als aan een vastgestelde set van voorwaarden wordt voldaan.

In de mondzorg worden bijvoorbeeld verschillende prestaties modulair gecontracteerd. Deze modules kunnen los van het standaardcontract in de mondzorg worden gecontracteerd. Aan het uitvoeren van bovenstaande verrichtingen zijn door de zorgverzekeraar voorwaarden verbonden, bijvoorbeeld het uitvoeren van een minimum aantal behandelingen.

Zorgaanbieders kunnen door het werken met modules aangemoedigd worden om naast het basiscontract aanvullende zorg of service (bijvoorbeeld ruimere openingstijden) te leveren. Deze aanmoediging kan worden versterkt door een 'bonus' te geven wanneer een zorgaanbieder alle modules levert.

Zorgverzekeraar Y voert in de farmaceutische zorg een kwaliteitsbeleid met drie verschillende modules om kwaliteit te stimuleren. Per behaalde module biedt de zorgverzekeraar 1% opslag op alle prestaties. Als een zorgaanbieder alle drie modules haalt, krijgt hij 4,5% opslag op alle prestaties. Dat is dus 1,5% bovenop de 3 maal 1% opslag die behaald kan worden met de drie modules. Vergelijkbare modulaire contracten worden ook in de huisartsenzorg en de fysiotherapeutische zorg toegepast.

Zorgverzekeraars kunnen ook modules ontwikkelen voor specifieke doelgroepen. Zo bestaat in de geboortezorg een module waarin aanbieders een opslag kunnen krijgen voor het aanbieden van zorg in achterstandswijken. Een ander voorbeeld is het onder contractvoorwaarde hanteren van het zogenaamde max-max-tarief voor behandelingen van jeugd in de mondzorg.

Voor de module Jeugd max-max geldt dat tandartsen met een zorgverzekeraar zorginhoudelijke afspraken kunnen maken op basis waarvan alle behandelingen voor jeugdige verzekerden die regulier voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komen tegen een 105% tarief worden gedeclareerd. Tandarts A die deze module biedt is daarmee gebonden aan bepaalde zorginhoudelijke afspraken. Zo moet ze verzekerden die niet zelfstandig een controleafspraak maken ten minste eenmaal per jaar voor controle oproepen.

Voor zorgaanbieders zijn modulaire contracten de mogelijkheid om, als zij aan bepaalde voorwaarden voldoen, ervoor te kiezen om aanvullende diensten te verrichten en hier ook extra voor betaald te krijgen. U kunt er als zorgaanbieder ook voor kiezen een bepaald deel van de zorg niet te leveren, zonder dat dit betekent dat u helemaal geen contract meer kunt sluiten met de zorgverzekeraar.

3.5 Combinatie meerjarige, modulaire-en pluscontracten

De hierboven beschreven varianten waarop contracten zijn gebaseerd (meerjaren- of pluscontracten, modules) kunnen ook in combinatie met elkaar worden toegepast. Zo kunnen zorgverzekeraars modules loskoppelen van het basiscontract en wordt het bijvoorbeeld mogelijk om voor het basiscontract een contract voor meerdere jaren te sluiten en voor de modules ieder jaar weer met elkaar om tafel te gaan. Ook pluscontracten kunnen voor meerdere jaren worden gesloten.

Fysiotherapeuten kunnen bij zorgverzekeraar X in aanmerking komen voor drie verschillende typen contracten, de profielen 1,2 en 3. Voor de verschillende profielen geldt dat hoe uitgebreider de kwaliteitseisen zijn,

hoe langer de duur van het contract is. Zo geldt voor profiel 1 een contractduur van een jaar, voor profiel 2 geldt een tweejarig contract en voor profiel 3 wordt een driejarig contract aangeboden. Voor deze profielen geldt daarnaast ook dat hoe hoger de kwaliteitseisen zijn, hoe hoger het tarief is dat in rekening kan worden gebracht voor een reguliere zitting. De opslag die wordt verkregen op het standaardcontract bij profiel 3 betreft ruim 30%, waarbij ook nog eens geldt dat hiervoor een driejarig contract kan worden gesloten.

Los van meerjarige (plus)contracten, contracteren sommige zorgverzekeraars ook specifieke prestaties voor meer dan één jaar. In de huisartsenzorg zijn ook voorbeelden van specifieke prestaties die meerjarig worden gecontracteerd. Eén zorgverzekeraar contracteert prestaties met betrekking tot substitutie, zorgvernieuwing (bijvoorbeeld e-health) en wijkgerichte zorg voor meerdere jaren los van het standaardgedeelte van de contracten die in de huisartsenzorg worden overeengekomen.

3.6 Ketencontracten

Bij het sluiten van ketencontracten gaat het om het contracteren van integrale zorg die over het algemeen verleend wordt door zorgaanbieders uit verschillende disciplines die nauw samenwerken om de benodigde zorg te verlenen. Uitgangspunt kan de zorgvraag zijn maar ook een groep verzekerden. Klassieke voorbeelden zijn de zorg rond chronische aandoeningen zoals diabeteszorg en COPD. Ook kan gedacht worden aan ouderenzorg, dementie, hartfalen, cardiovasculair risicomanagement, astma, obesitas en depressie. De coördinatie van de behandeling van dit type chronische aandoeningen en de verlening van de benodigde zorg wordt in veel gevallen gerealiseerd door een zorggroep. Een zorgverzekeraar sluit in dat geval een contract met een zorggroep.

Er zijn ook zorgaanbieders die geen zorggroep vormen, maar wel samenwerken in een keten om de zorg voor bijvoorbeeld chronische aandoeningen of ouderen integraal te leveren. U kunt als zorgaanbieder overwegen om in zo’n geval in gesprek te gaan met de andere zorgaanbieders en de zorgverzekeraars of er mogelijkheden zijn om als gezamenlijk gecontracteerd te worden.

Zorgverzekeraar X werkt met een zorgaanbodplan. De samenwerkende zorgaanbieders stellen dit plan gezamenlijk op en voorzien het van een begroting. Het doel hiervan is de samenwerking in de wijk tussen multidisciplinaire zorgaanbieders beter te organiseren en vast te leggen. Dit kan voor de zorgverzekeraar ook financieel aantrekkelijk zijn. De verzekeraar schrijft een format voor en stelt bepaalde eisen qua omvang van het samenwerkingsverband, maar de zorgaanbieders schrijven het plan zelf.

In Nijkerk is de ketenzorg rond COPD op innovatieve wijze georganiseerd. Zorgaanbieders binnen de eerste en tweede lijn en Zorgverzekeraar Y een zijn hiertoe een transmuraal contract voor de duur van drie jaar overeengekomen. Bij het project zijn onder meer huisartsen, longartsen, patiënten, het Longfonds en de farmacie betrokken. Door het maken van afspraken over diagnostiek, preventie en financiering wordt voorzien in betere en doelmatige zorg. Een voorbeeld betreft de verbetering van de diagnostiek in de eerste lijn, door het betrekken van longartsen bij het stellen van diagnoses. Ook worden na het stellen van de diagnose binnen een Multi Disciplinair Overleg,

bestaande uit de longarts, huisarts en de POH'er, individuele begeleidingsplannen opgesteld waarbij de patiënt wordt betrokken. Binnen deze begeleidingsplannen vindt variatie plaats in de volgorde waarin huisartsenzorg, farmaceutische zorg, medisch specialistische zorg en fysiotherapeutische zorg wordt geleverd.

In de VS werken sommige zorgverzekeraars en zorgaanbieders met zorgbrede Alternative Quality Contracts (AQC's). Met deze AQC's sluit een zorgverzekeraar een vijfjarig modulair contract met groepen zorgaanbieders. AQC's zijn contracten die parallel aan de bestaande inkoopcontracten worden aangeboden. Het gaat om een extra contract dat gesloten wordt met een groep zorgaanbieders, die allemaal uit de eerste lijn afkomstig zijn of bestaat uit een combinatie van eerste- en tweedelijns aanbieders. Op basis van het extra contract accepteert de groep zorgaanbieders de verantwoordelijkheid voor zowel de kwaliteit als de kosten van het hele zorgspectrum van haar populatie oftewel haar ingeschrevenen, die moet bestaan uit een minimaal aantal verzekerden die verzekerd zijn bij de zorgverzekeraar die het contract sluit. De groep verzekerden blijft vrij te kiezen om naar zorgaanbieders te gaan buiten het samenwerkingsverband maar slechts met verwijzing van de huisarts. De bekostiging van dit model bestaat uit drie componenten: het virtueel budget (kosten per verzekerde), het tweezijdig risico ('shared savings'[5]) en de prestatiebeloning (bonus voor kwaliteit).

Een ketencontract stimuleert multidisciplinaire samenwerking die gericht is op het verlenen van integrale zorg. Dit is in het voordeel van burgers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De kwaliteit van de zorg verbetert door bijvoorbeeld afspraken te maken over het behandeltraject van een patiënt. Bovendien kunnen de contracten meer toegespitst worden op de situatie van het specifieke samenwerkingsverband.

3.7 Gedifferentieerde contracten

Met een gedifferentieerd contract bedoelen we een standaardcontract dat geldt voor een specifiek gedeelte van een sector. Denk aan contracten die regionaal zijn ingestoken maar ook aan contracten die zijn toegespitst op bepaalde subgroepen van zorgaanbieders. Een bekend voorbeeld is het onderscheid tussen stedelijke gebieden en andere regio's. In deze contracten houdt u als zorgverzekeraar rekening met de demografie in het werkgebied en wordt meer recht gedaan aan de specifieke situatie waarin de zorgaanbieders verkeren.

Veel partijen zijn voorstander van een regionale aanpak. Zo geeft een verzekeraar in haar inkoopbeleid bijvoorbeeld duidelijk te kennen dat zij graag in gesprek gaat met de zorgaanbieders in de regio om te onderzoeken of de best practices zich lenen voor bekostiging en contractering. Bij alle andere verzekeraars zijn soortgelijke initiatieven te vinden. Ook de overheid ondersteunt regio-initiatieven (proeftuinen en pilots) die gericht zijn op het geven van een nadere invulling van zorg en ondersteuning in de buurt. Voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders geldt dat er nog extra stappen gezet kunnen worden om de initiatieven naar een hoger plan te tillen, bijvoorbeeld door te onderzoeken of het mogelijk is contracten te differentiëren.

---

[5] Shared savings is een vorm van uitkomstbekostiging voor integrale zorg. Het kan ervoor zorgen dat verschillende soorten zorgaanbieders zich sneller gezamenlijk achter eenzelfde gezondheidsdoel scharen. De gezamenlijke uitkomsten worden beloond.

De minister van VWS vindt het belangrijk dat in krimpregio's goede zorg behouden blijft.[6] Hiertoe worden allerlei initiatieven ontplooid en ondersteund zoals proeftuinen in krimpregio's en in het nieuwe bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg is een prestatie voor krimp vormgegeven, zodat met ingang van 2016 in het derde segment afspraken gemaakt kunnen worden over het borgen en verbeteren van de toegankelijkheid en kwaliteit van huisartsenzorg in krimpregio's. Ook blijken zorgverzekeraars in krimpregio's met zorgaanbieders regionaal afwijkende afspraken te maken teneinde ook in zo'n regio eerstelijnszorg op korte afstand van de verzekerden aan te kunnen bieden. Een concreet voorbeeld is het traject "NOG Beter". Hierin werken een zorgverzekeraar, zorgaanbieders, gemeenten, provincie en Zorgbelang samen om te zorgen dat de zorg voor inwoners van Noordoost-Groningen zo dichtbij mogelijk en van goede kwaliteit kan blijven.

Kraamzorgorganisatie Z is in achterstandswijken actief en komt bij zorgverzekeraar Y in aanmerking voor een 'achterstandswijktarief'. De kraamzorgorganisatie voelt hierdoor de erkenning dat voor deze specifieke doelgroep extra vaardigheden nodig zijn. De voorwaarde die de zorgverzekeraar stelt voor toekennen van de opslag is dat de kraamzorgorganisatie een specifiek doelgroepenbeleid heeft voor in ieder geval klanten van niet-Westerse afkomst en/of lage sociaal economische status heeft.

Zorgverzekeraar Z houdt rekening met de omvang van de populatie chronische en oudere verzekerden bij de berekening van het tarief voor de module POH-S. Huisarts B heeft in zijn praktijk relatief veel chronische en oudere verzekerden. Door dit contract kan hij een hoger tarief krijgen voor de POH-S dan zijn collega's met een relatief gezonde populatie.

Door met gedifferentieerde contracten te werken wordt meer maatwerk geleverd dan wanneer voor heel Nederland en een hele beroepsgroep zorgaanbieders hetzelfde standaardcontract gebruikt wordt. Er kan op deze manier meer recht worden gedaan aan de specifieke zorgbehoefte van een bepaald verzorgingsgebied. Er is nog steeds sprake van een standaardcontract dat echter voor bepaalde regio's of groepen binnen een sector op maat gemaakt is.

[6] Brief 6 maart 2015 inzake 'Curatieve zorg in krimpregio's', kenmerk 728266-133506-CZ.

4. Toezicht op de zorginkoop

4.1 De NZa volgt de werking van de (eerstelijns) zorgmarkten

De NZa volgt de ontwikkelingen in de wijze waarop contractering plaatsvindt, mede door het uitvoeren van marktscans en marktmonitors. Met name in sectoren waarin transities plaatsvinden volgt de NZa de contractering. Zo zijn de contracten in de eerstelijns sectoren die in transitie zijn onderzocht in de monitor 'Transities Eerstelijnszorg 2015'.[7]

We vinden het belangrijk om te weten wat er in de sector speelt, daardoor kunnen we achterhalen of de klachten die naar boven komen symptomen zijn van mogelijk marktfalen. Een individueel meningsverschil tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar hoeft echter niet te betekenen dat de zorgmarkt niet goed functioneert. In iedere zakelijke onderhandeling kan het immers voorkomen dat een van de partijen andere afspraken had willen maken.

4.2 De NZa houdt toezicht op zorgplicht en AMM

De NZa houdt toezicht op de randvoorwaarden waarbinnen onderhandelingen in het veld plaatsvinden. Een van deze randvoorwaarden is een transparant zorginkoopproces. Met de nadere regel Transparantie zorginkoopproces Zvw stuurt de NZa aan op meer transparantie van het contracteerproces.

Daarnaast houdt de NZa toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars. De zorgplicht houdt in dat zorgverzekeraars de verplichting hebben ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg of desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. De burger staat bij het beoordelen van de zorgplicht centraal. Een van de instrumenten die zorgverzekeraars ter beschikking staan om aan deze verplichtingen te voldoen is het contracteren van voldoende zorgaanbieders. Dit jaar onderzoekt de NZa of zorgverzekeraars met hun huidige contractering aan de zorgplicht voldoen. In dit onderzoek ligt de nadruk op de sectoren ggz, eerstelijns verloskunde, fysiotherapie en logopedie.[8]

De NZa kan een zorgverzekeraar een verplichting opleggen om het gedrag bij te sturen als deze zorgverzekeraar ten opzichte van een specifieke zorgaanbieder beschikt over aanmerkelijke marktmacht en zich zo gedraagt (bijvoorbeeld in de contractering) dat *consumenten* daar nadeel van ondervinden.[9]

---

[7] NZa, Monitor 'Transities eerstelijnszorg. Verkenning van de inhoud van contracten', Juni 2015. http://www.nza.nl/1048076/1048181/Monitor_Transities_eerstelijnszorg_2015_met_begeleidsbrief.pdf.

[8] NZa, Rapport 'Zorgcontracten in kaart', juni 2015. http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/Feitencheck-voldoende-fysiotherapie-logopedie-en-verloskundige-zorg-beschikbaar/.

[9] Het is overigens voor de NZa ook mogelijk om aan een zorgaanbieder, die beschikt over aanmerkelijke marktmacht én gedrag vertoont (tegenover andere zorgaanbieders of zorgverzekeraars) waar consumenten last van hebben, een verplichting op te leggen.

4.3 Rol van kwaliteit van zorg in de zorginkoop

Een aspect dat vaak in de reacties in de consultatie terugkeert is de rol van kwaliteitseisen in de contractering. We zien hier dat zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders pogingen doen om de kwaliteit van zorg in de zorginkoop mee te nemen. Zorgaanbieders zijn niet blij met de verscheidenheid aan eisen waarmee zij te maken hebben vanuit de verschillende zorgverzekeraars. Ook is niet iedereen het eens met de eisen die worden gesteld; het zouden geen goede indicatoren zijn voor de onderliggende kwaliteit van zorg. Tegelijkertijd constateren zorgverzekeraars dat, als zij de kwaliteitsnormen van de beroepsgroep willen volgen, deze normen vaak nog niet vast liggen, omdat de beroepsgroep nog volop bezig is met ontwikkeling ervan.

De NZa vindt het belangrijk dat er bij de zorginkoop ruimte is voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om te spreken over de inhoud van de geleverde zorg, bijvoorbeeld welke kwaliteit wordt geleverd. De inhoud van de contracten blijft echter een civielrechtelijke aangelegenheid tussen de twee private partijen. De drempel voor de overheid om zich daarin te mengen is hoog. Het is dus belangrijk dat u onderling of in het verband van brancheverenigingen doorgaat met uw inzet om kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken.

Ook het Zorginstituut Nederland heeft een rol om de kwaliteit van zorg transparanter te maken. Zorginstituut Nederland heeft daartoe een Register ingericht waarin goede breed gedragen kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten formeel worden opgenomen. Uitgangspunt hierbij is dat patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars het beste weten wat goede zorg is en daarover met elkaar afspraken maken in de vorm van een kwaliteitsstandaard met bijbehorende meetinstrumenten (zoals indicatorensets of vragenlijsten). Op basis van de in het Register opgenomen meetinstrumenten zijn zorginstellingen verplicht de kwaliteitsgegevens aan de openbare database van het Zorginstituut aan te leveren.

5. Slotwoord

In dit document zijn we ingegaan op twee aspecten van het contracteerproces die zorgaanbieders regelmatig als knelpunt ervaren: ten eerste het verloop van het proces en ten tweede het bestaan van standaardcontracten.

De NZa ziet dat sommige zorgaanbieders vinden dat er geen ‘echt goed’ gesprek plaatsvindt en dat er te weinig erkenning is voor de zorgaanbieder als professional. Vanaf 2016 neemt de NZa een grotere rol in het contracteerproces op zich door regels te stellen voor een transparant zorginkoopproces. Het stellen van regels is voor de NZa geen doel op zich maar in dit geval wel een middel om het contracteerproces soepeler te laten verlopen. De regels bieden u, de veldpartijen, de ruimte om het contracteerproces vorm te geven op een manier die past bij de specifieke omstandigheden (bijvoorbeeld sector) waarin wordt ingekocht.

In dit rapport bieden wij ook een overzicht welke verschillende contractvormen er in de eerstelijnszorg worden gesloten waarbinnen er ruimte is voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om afspraken te maken over inhoud, kwaliteit en service. Mogelijk brengt deze omschrijving u op nieuwe ideeën om de contractering vorm te geven.

We willen dat het contracteerproces soepeler verloopt zodat de burger uiteindelijk betere zorg krijgt. Met de nadere regel en het overzicht van de contractvormen bieden we de sector een aantal handvatten waarmee de partijen een stap verder kunnen zetten richting een soepel verlopen contracteerproces.